


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO LITIASIS VESICAL	FL-CDM-135
		Rev. 01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO:

Mediante este procedimiento se pretende eliminar los cálculos vesicales, mejorar los síntomas y prevenir las complicaciones producidas por los cálculos o patologías asociadas.

## EN QUE CONSISTE LA LITIASIS VESICAL

Mediante esta técnica se extraen los cálculos por cirugía abierta o endoscópica (cistolitotomía o litotricia vesical endoscópica) dependiendo del tamaño del cálculo o cálculos y de la causa etiológica, generalmente patologías que obstruyen el cuello vesical o la uretra (adenoma de próstata, estenosis, etc.). Al finalizar la intervención se coloca una sonda uretral y/o drenaje hipogástrico que se retirará posteriormente

## RIESGOS DE LA LITIASIS VESICAL

Las complicaciones, raras, que pueden ocurrir son:

No conseguir la extracción de todos los cálculos, para lo que serían precisos tratamientos suplementarios; recidiva de los cálculos; desarrollo de estenosis del cuello vesical o de la uretra; infección de la herida y/o aparición de fistula urinaria; rotura de instrumentos quedando restos dentro de la vía urinaria que requerirán otras intervenciones para su extracción; hematuria de intensidad variable que puede requerir transfusión; tromboembolismo venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

\_\_\_\_\_


## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que la única alternativa, aunque excepcional, es el tratamiento con ondas de choque, aunque en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p style="margin: 0;"><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p style="margin: 0;"><b>LITIASIS VESICAL</b></p>	<p style="margin: 0;">FL-CDM-135</p>
		<p style="margin: 0;">Rev. 01</p>

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **LITIASIS VESICAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **LITIASIS VESICAL**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **LITIASIS VESICAL** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_